

<p>COMUNE DI TETI</p> 	<h1>COMUNE DI TETI</h1> <h2>PROVINCIA DI NUORO</h2> <p>*****</p> <p>Corso Italia n. 63 - C.A.P. 08030 Tel. 0784/68023 - Fax. 0784/68229 Cod. Fiscale 81000970913 - Part. I.V.A. 00716030911 Sito Web - www.comune.teti.nu.it</p> <p>AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT</p> <p>*****</p>
---	--

**AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIO-CULTURALE, P.I. E SPORT
DEL COMUNE DI TETI**

OGGETTO: INDENNITÀ REGIONALE FIBROMIALGIA” - (IRF) L.R. 5/2019 SS.MM.II “DISPOSIZIONI PER IL RICONOSCIMENTO, LA DIAGNOSI E LA CURA DELLA FIBROMIALGIA” COME MODIFICATA DALL’ART. 12 DELLA LEGGE REGIONALE N. 22 DEL 12 DICEMBRE 2022. Nuove istanze Annualità 2024.

Il/La sottoscritto/a nato/a a.....il

Residente a in Via n°.....

Tel./cell. n°..... email

Codice Fiscale

In qualità di:

- Destinatario
- Legale Rappresentante
- Altro familiare (indicare il grado di parentela) _____

Del proprio congiunto

indicare cognome e nome _____ - _____ (indicare il grado di parentela);
nato/a _____ il _____ e residente a Teti;
Via/Vico/Corso _____ . n. _____;

CHIEDE

- Di poter beneficiare del sostegno economico relativo all’indennità regionale fibromialgia -IRF- ai sensi della L.R. n. 5/2019, come modificata dall’art. 12 della L.R. n. 22/2022 - D.G.R. N. 7/12 del 28 febbraio 2023 rettificata dalla D.G.R. n. 10/39 del 16 marzo 2023, sotto forma di sostegno economico una tantum:

- ANNO 2024

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell’art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- di essere residente nel Comune di Teti;
- di essere in possesso della certificazione medica attestante la diagnosi di fibromialgia;
- di essere in possesso dell'Attestazione Isee anno 2024;
- di non beneficiare di altra sovvenzione pubblica concessa esclusivamente per la diagnosi di fibromialgia;
- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al presente procedimento e di averla compresa in tutte le sue parti;
- di voler ricevere il contributo spettante mediante accredito su c/c indicato in allegato.

Allega alla presente:

- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- Certificato medico attestante la diagnosi di fibromialgia avente data non successiva al 30 aprile 2024 e rilasciato da un medico specialista (non da un medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo, sia dipendente pubblico che convenzionato o libero professionista;
- Attestazione ISEE anno 2024;
- Copia IBAN con l'indicazione dei soggetti intestatari (non si accettano IBAN scritti a mano ma solo documenti stampati con intestazione della Banca/Posta).

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Teti, Li _____

IL DICHIARANTE

Firma _____